

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921.

N°

456

FONCTIONNEMENT
D'UNE MATERNITÉ DÉPARTEMENTALE
—
LA MATERNITÉ DE PAU.
—

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris

PAR

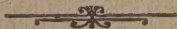
Marcel FERRÉ *

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né à PAU, le 27 Juin 1890.

~~~~~

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE



PAU

IMPRIMERIE GARET-HARISTOY, RUE DES CORDELIERS, 41

—  
1921







FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1921.

N°.....

456

**FONCTIONNEMENT**  
**D'UNE MATERNITÉ DÉPARTEMENTALE**  

---

**LA MATERNITÉ DE PAU**  

---

**THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE**

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris

PAR

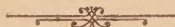
**Marcel FERRÉ** ☼

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né à PAU, le 27 Juin 1890.



~~~~~  
Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE



PAU

IMPRIMERIE GARET-HARISTOY, RUE DES CORDELIERS, 11

1921

LE DOYEN : M. ROGER.

PROFESSEURS :

MM.

Anatomie.....	MM. NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABRÉ.
Pathologie médicale.....	RENON.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale..	DUPRÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	LEJARS.
	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	BAR.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile.....	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laringologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GRÉGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUÉNIOT	LÉRI	ROUVIÈRE
CAMUS	GUILLAIN	LÉVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (Henri)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINÉ	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE LÉON-MARIE-BERNARD

Sergent au 18^{me} Régiment d'Infanterie
Décoré de la Médaille Militaire et de la Croix de Guerre
Tombé sur le Plateau de Californie, le 6 Mai 1917

“ Au Plateau de Californie, les soldats de la 36^{me} avaient montré qu'ils pouvaient tenir sans reculer d'un pas sous les obus, sous la mitraille, sous les gaz, sous n'importe quoi ”. JOSEPH BÉDIER.

Notre Infanterie. — *Revue des Deux Mondes* — 15 Mai 1919, p. 293.

A MON FRÈRE GEORGES

Décoré de la Croix de Guerre
Blessé sur l'Aisne

A MON FRÈRE JACQUES

Décoré de la Croix de Guerre
Blessé à Verdun

A MES COMPAGNONS DE GUERRE (1914-18)

18^{me} Régiment d'Infanterie
218^{me} Régiment d'Infanterie
Brancardiers du 1^{er} Corps d'Armée
Ambulance chirurgicale automobile n° 8
85^{me} Régiment d'Infanterie



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547501_0101

A LA MÉMOIRE

DE M. LE PROFESSEUR CHARPY

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Toulouse.

A MES MAÎTRES

dans les Hôpitaux de Toulouse

MM.

R. CESTAN, Professeur de clinique médicale à la Faculté de Toulouse.

MÉRIEL, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse.

MOSSÉ, Professeur de clinique médicale à la Faculté de Toulouse.

A MES MAÎTRES

dans les Hôpitaux de Paris

MM.

Le Docteur LAFFITTE, médecin de l'Hôpital Beaujon.

Le Professeur agrégé WALTHER, chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.

Le Docteur OETTINGER, médecin de l'Hôpital Cochin.

Le Docteur BROCCQ, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Le Professeur agrégé GOUGEROT.

Le Professeur COUVELAIRE, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Paris.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR COUVELAIRE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Décoré de la Croix de Guerre

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

*Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous fait en présidant notre thèse.*



I. — HISTORIQUE

Il existait à Pau, depuis une date indéterminée, un établissement où les femmes venaient accoucher et où les élèves sages-femmes s'instruisaient. Nous en voyons la preuve dans les archives du Département des Basses-Pyrénées, où l'on trouve des délibérations du Parlement de Béarn, par lesquelles des fonds étaient votés « pour distribuer des palmes d'or aux élèves sages-femmes les plus méritantes de l'école d'accouchements ». L'école devait sans doute dépendre de l'ancienne Université de Pau. La tourmente révolutionnaire fit disparaître cette institution comme tant d'autres.

Vers 1830, J. Mespec, docteur en chirurgie de la Faculté de Montpellier, réputé pour sa bonne pratique des accouchements, demanda le rétablissement de la Maternité et de l'Ecole d'accouchements. Le 7 février 1833, le Conseil général des Basses-Pyrénées, « convaincu de l'utilité, de l'avantage de répandre des sages-femmes habiles dans les campagnes », et considérant d'autre part que « les statuts des Sœurs de la charité s'opposent à ce que les femmes en couches soient reçues dans l'hospice de Pau », votait les crédits pour frais de premier établissement, soit 1.800 francs.

En 1837, J. Mespec, dans le préface de son petit livre « L'Obstétrique », à l'usage des élèves sages-femmes, remerciait le Conseil général : « Cette institution philanthropique, disait-il, qui est en partie votre ouvrage, n'est peut-être point encore assez appréciée par des personnes peu

attentives sur ses avantages. C'est à vous et à moi qu'il appartient d'en démontrer les bienfaits, vous par des encouragements, et moi, par un dévouement qui ne se démentira point ». L'établissement hospitalier se développa peu à peu, mais plutôt difficilement.

Vers 1870, il fut installé dans un local municipal. A cette époque diverses améliorations furent apportées dans l'organisation par le docteur Duboué, et le nombre des accouchements qui, en 1835, n'avait été que de 25, était arrivé à une moyenne annuelle d'environ 80.

De 1893 à 1898, une réorganisation plus complète fut effectuée¹, qui eut une influence rapide sur le développement de la clientèle de l'établissement et le nombre des accouchements s'éleva à une moyenne annuelle de 200. A partir de ce moment tous les efforts furent faits afin d'arriver à la création d'une Maternité vraiment moderne. Dans ce but, la consigne dans l'établissement fut de rendre le plus de services possible. Les femmes pauvres s'aperçurent qu'on s'occupait d'elles et de leurs enfants. Elles furent mises en confiance et le sentiment de répulsion à aller accoucher dans un hôpital fit place à un sentiment de sécurité. Elles arrivèrent nombreuses, et souvent de fort loin.

Cela ne suffisait pas et il fallait encore gagner les influences administratives utiles. C'est ainsi que les comptes rendus périodiques du fonctionnement de l'établissement furent adressés régulièrement aux Inspecteurs généraux du Ministère de l'Intérieur, aux membres des Commissions de répartition des fonds du Pari Mutuel, au Directeur général de l'Assistance publique, etc. Car, contrairement à ce que

1. — « L'Hygiène et l'Assistance à la Maternité de Pau » par le Dr J. H. L. Ferré. Mémoire couronné par la Faculté de Médecine de Paris. — Imprimerie Garet, Pau, 1899.

pense la généralité des chefs de services hospitaliers en France, ces personnages lisent de tels comptes rendus et s'intéressent à ce qui se passe dans les hôpitaux. La preuve en fut, lorsqu'après les votes du Conseil général des Basses-Pyrénées et du Conseil municipal de la Ville de Pau adoptant le projet et créant les ressources nécessaires, des demandes de subventions furent adressées aux Commissions de répartition des produits du Pari Mutuel. Un large concours fut accordé sans discussion et la nouvelle Maternité put être inaugurée en octobre 1912.

L'effort de préparation avait, il est vrai, demandé près de vingt ans.



II. — LA MATERNITÉ ACTUELLE

La Maternité de Pau est située dans un quartier aéré et tranquille de la ville, à l'angle de l'avenue Saint-Maur et de la place du Foirail. Les plans et les photographies ci-joints donneront de l'établissement une idée beaucoup plus exacte que la description fastidieuse que nous pourrions en faire. Indiquons cependant qu'il se compose d'un bâtiment central entre deux ailes latérales. Une de ces ailes comporte des chambres séparées et une salle de pansement. Desservie par un escalier spécial, elle peut être complètement isolée du reste de l'établissement et constitue en fait un pavillon d'isolement.

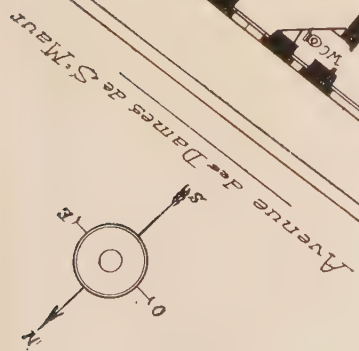
Nous dirons aussi les noms des salles qui montrent l'état d'esprit qui règne dans la maison et les patronages sous lesquels elle a été placée. Ce sont d'abord de vieux noms célèbres dans l'obstétrique : Mauriceau, Dubois, Lachapelle, Baudelocque, Depaul. Puis deux noms d'une génération plus récente et non moins illustres : Tarnier, Farebeuf. Deux salles portent les noms de deux grands praticiens qui vivaient encore au moment de l'inauguration mais que leur âge et leurs travaux avaient, pour ainsi dire, fait déjà passer dans l'histoire : Kœberlé et Lucas Championnière. Enfin, le nom du génial précurseur Hameau, celui de Pasteur, celui de Lister nous rappellent ce que l'obstétrique et la gynécologie doivent à la connaissance des germes microbiens.



III. — LE PERSONNEL

Le personnel se compose d'un Médecin-Directeur qui est chargé à la fois du service médical et de l'administration ; il est assisté d'un médecin-adjoint ; d'une accoucheuse en chef, nommée au concours, qui est le personnage vivant et agissant dans l'intérieur de l'établissement ; de deux sages-femmes internes, chargées de donner les soins aux malades, sous le contrôle de l'accoucheuse en chef. Viennent ensuite deux infirmières et un personnel domestique peu nombreux.

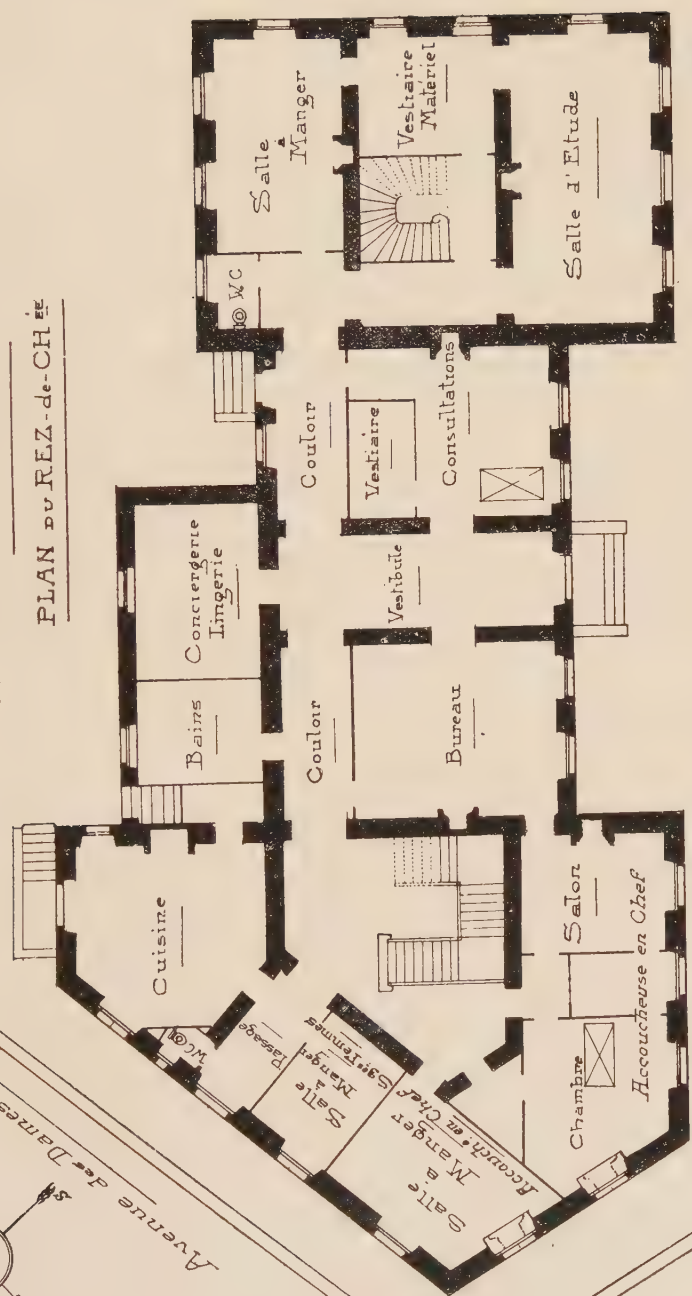
Les sages-femmes logent dans l'établissement et ne peuvent donner aucun soin en ville sans l'autorisation expresse, et pour chaque cas, du médecin-directeur.



VILLE DE PAU

MATERNITÉ DÉPARTEMENTALE

PLAN DU REZ-DE-CHÂSSÉE



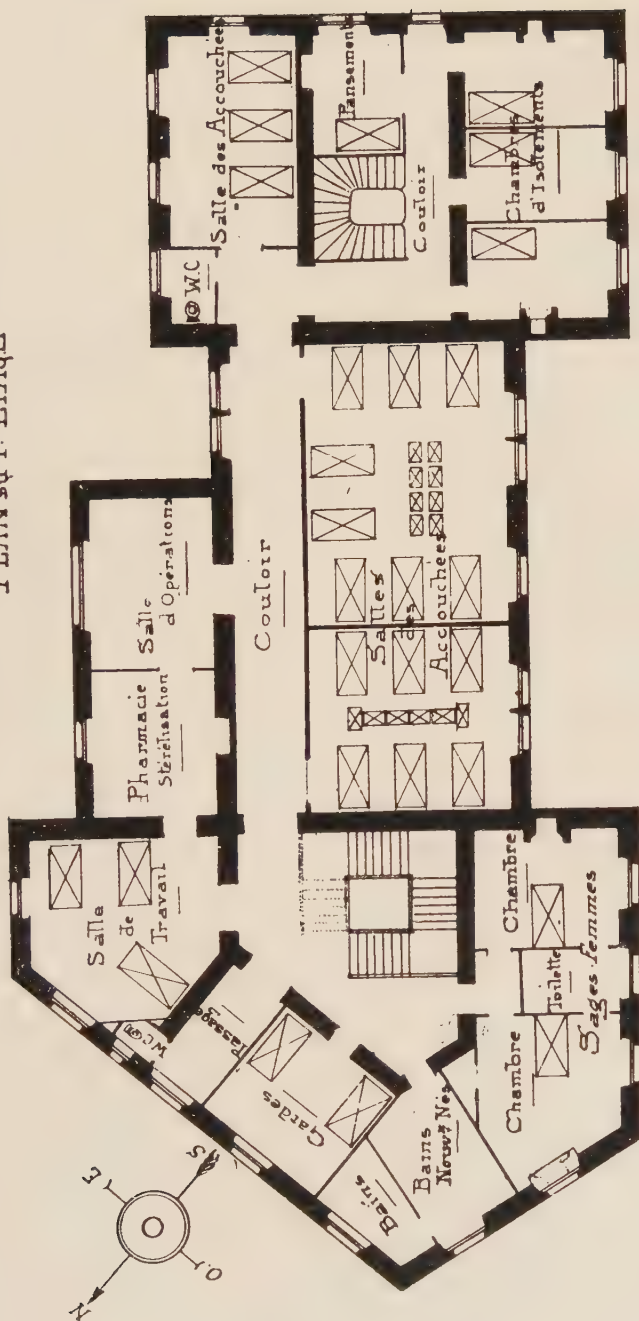
Echelle de 0.005 M

Place du Forail

VILLE DE PAU

MATERNITÉ DÉPARTEMENTALE

PLAN du 1^{er} ETAGE.

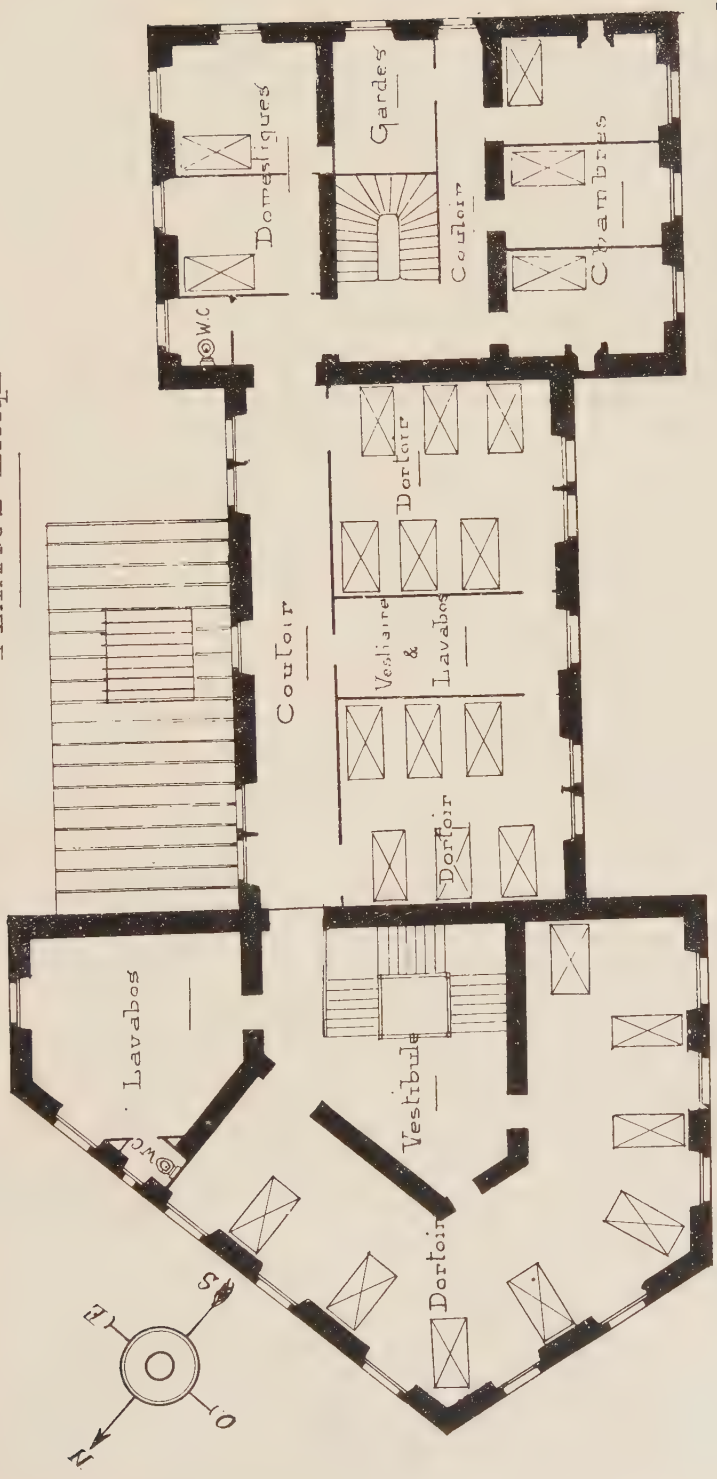


Echelle de 0 005 M.

VILLE DE PAU

MATERNITÉ DÉPARTEMENTALE

PLAN du 2^{ME} ETAGE



Echelle de 0 005 M.



FAÇADE SUD



VESTIBULE



ESCALIER PRINCIPAL

SALLE DE TRAVAIL





BAINS DES NOUVEAUX-NÉS

SALLE D'OPERATIONS



LAVABO





CONSULTATIONS



IV. — FONCTIONNEMENT MÉDICAL

Nous nous bornerons, dans l'exposé du fonctionnement médical de la Maternité, aux douze dernières années, les relations déjà publiées allant jusqu'à l'année 1908. Il est facile de se rendre compte rapidement de l'activité du service. En effet, en dehors des observations des accouchées et malades qui forment chaque année un fort volume, on trouve au registre des entrées, à la fin de chaque année, un état détaillé des incidents qui ont intéressé soit les femmes, soit les nouveau-nés. Ces incidents sont notés sous les rubriques suivantes :

1° Accouchements { enfants viables.
 { enfants mort-nés, etc.

2° Suite de couches fébriles (avec le nombre de jours à température élevée, même si la fièvre ne dure qu'un seul jour).

3° Autres cas fébriles.

4° Cas particuliers (soit du côté de la mère, soit du côté de l'enfant) : albuminuries, ophtalmies, malformations congénitales, accidents spécifiques, etc.

5° Interventions et leurs suites.

6° Tableau des interventions.

Enfin, à la consultation permanente des femmes enceintes et des nourrissons, on trouve un registre sur lequel sont inscrits chaque année plus de 1.000 notices sur les cas qui se sont présentés journellement.

1° MOUVEMENT GÉNÉRAL DU SERVICE.

Nous prendrons les chiffres par périodes de quatre années, ce qui permettra, du premier coup d'œil, de se rendre compte de l'accroissement régulier de l'activité générale du service.

	Nombre d'entrées de femmes.	Nombre de journées de femmes.	Nombre d'opérations pratiquées.
1909-1912	1.185	17.761	202
1913-1916	1.312	23.723	244
1917-1920	1.411	27.726	303
TOTAUX.....	3.908	69.210	749

	Nombre d'enfants nés vivants et viables.	Nombre de journées d'enfants.	Nombre d'enfants sortis vivants
1909-1912	967	7.707	964
1913-1916	1.003	9.600	1.001
1917-1920	1.094	12.345	1.088
TOTAUX.....	3.064	29.652	3.053

Moyenne annuelle pendant la période 1909-1920 :

Entrées de femmes.....	325
Journées de femmes.....	5.767
Opérations	62
Enfants nés vivants.....	255
Journées d'enfants	2.471
Enfants sortis vivants.....	254

2° CONSULTATION PERMANENTE.

La consultation permanente existe depuis de nombreuses années. A cette consultation peuvent se présenter, à toute heure du jour ou de la nuit, les femmes en état de gestation. La consultation est également ouverte tous les jours et toute la journée pour les mères et leurs nourrissons. Beaucoup viennent faire peser régulièrement leur enfant et demander conseil.

Depuis l'année 1912 il existe un registre où sont consignées toutes les consultations données journellement.

Nombre de notices inscrites sur le registre :

1913-1916.....	4.281
1917-1920.....	4.703
TOTAL.....	<u>8.984</u>

Moyenne annuelle : 1.123.

3° OPÉRATIONS.

Le dystocie et les diverses complications de l'accouchement et de ses suites ont donné lieu à 688 opérations, dont :

Applications de forceps.....	110
Périnéorraphies	146
Curettages ou curages.....	49
Embryotomies ou craniotomies.....	53
Délivrances artificielles	60
Versions par manœuvres internes.....	31
Versions par manœuvres externes.....	28
Extractions manuelles	55
Accouchements artificiels	20

Césariennes	44
Colpotomies	12
Opérations diverses	80

En outre, les affections gynécologiques ont donné lieu à :

Autres laparotomies	60
---------------------------	----

Soit un total de 749 opérations dont 105 laparotomies.

Les 44 césariennes pratiquées l'ont toutes été pour bassin rétréci. Il y a eu 36 césariennes primaires et 8 césariennes itératives. Ces 44 opérations ont donné 2 décès dont un par infection et l'autre par hémorragie gastro-intestinale d'origine hépatique. L'hémorragie gastro-intestinale (1919, numéro 294) était imprévisible. Mais le décès par infection (1917, n° 281) s'explique par les conditions peu favorables dans lesquelles on est intervenu, la femme étant arrivée avec les membranes rompues depuis vingt-quatre heures.

4° DÉCÈS DE FEMMES.

De 1909 à 1920, il y a eu 53 décès.

Voici les particularités essentielles rapportées dans les observations de ces cas :

1909. N° 55. — Hémorragie.

Secondipare de 23 ans. Gestation au cours du sixième mois.

Amenée exsangue, les yeux excavés, le poulx filiforme.

A eu des hémorragies chez elle depuis un mois. Col ouvert, placenta à l'orifice.

Evacuation immédiate et complète de l'utérus sans perte nouvelle.

Sérum, caféine, éther, sans résultat.

Mort : 5 heures après l'entrée.

1909. N° 164. — *Eclampsie. Perforation intestinale par corps étranger.*

Primipare de 35 ans, amenée dans le coma éclamptique, après plusieurs attaques à domicile.

Fait encore cinq attaques et expulse un fœtus de 1.900 grammes.

Les attaques cessent et tout semble rentrer dans l'ordre, quand, trois jours après, surviennent des signes de perforation intestinale. On apprend alors qu'au cours des attaques qu'elle a présenté chez elle, elle a avalé un appareil dentaire muni de crochets à ses extrémités.

L'autopsie n'a pu être faite.

1910. N° 35. — *Eclampsie.*

Multipare de 36 ans, amenée dans le coma éclamptique après plusieurs attaques. Les crises continuent et la mort survint douze heures après l'entrée.

A l'autopsie, foie muscade, avec piqueté hémorragique.

1910. N° 240. — *Infection.*

Femme de 38 ans, amenée en état infectieux grave, cinq jours après son accouchement. Diverses manœuvres intra-utérines ont été pratiquées avant l'entrée à la Maternité.

Caillots fétides, frissons, grandes oscillations de température. Pouls à 130 dès le premier jour.

Meurt brusquement le dix-huitième jour après l'admission.

1911. N° 128. — *Salpingite suppurée rompue. Péritonite.*

Multipare de 32 ans. Accouchement normal.

Le troisième jour signes de péritonite grave, à marche rapide.

Aucun signe utérin.

Mort : six jours après l'accouchement.

A l'autopsie : poche purulente salpingienne rompue, probablement au cours de l'accouchement. Péritonite suppurée généralisée.

1911. N° 135. — Infection.

Primipare de 23 ans à bassin rétréci.

Amenée en travail après de nombreux touchers par la sage-femme, chez laquelle elle était en pension.

Basiotripsie.

Infection grave. Méningite.

1911. N° 204. — Infection.

Multipare de 30 ans. Gestation au cours du cinquième mois.

Manœuvres à domicile au cours desquelles on a rencontré un placenta praevia.

Hémorragie abondante avant l'entrée.

Infection grave. Abscess gazeux de la région scapulaire droite.

1912. N° 52. — Infection.

Secondipare de 28 ans, amenée cinq jours après son accouchement, en état d'infection grave.

Signes de péritonite, pouls filiforme.

Mort : dix heures après son admission.

1913. N° 73. — Congestion pulmonaire double.

Multipare de 47 ans.

Meurt subitement huit heures après sa délivrance.

A l'autopsie : double congestion pulmonaire.

1912. N° 136. — *Infection.*

Primipare de 34 ans, en travail depuis deux jours avant l'admission. Avant l'entrée, il a été pratiqué de multiples touchers.

Œuf ouvert.

Application du forceps. Enfant vivant.

Infection précoce et grave.

Le troisième jour, signes de péritonite.

Mort le septième jour.

A l'autopsie : annexite et péritonite suppurée.

1912. N° 225. — *Eclampsie.*

Primipare de 24 ans, amenée dans le coma éclamptique.

Attaques multiples.

Mort : trois heures après l'entrée.

1912. N° 234. — *Infection.*

Grande multipare de 36 ans. Accouche sans incident en douze heures.

Au cours de la gestation on a constaté une large ulcération du col saignant au moindre contact. On a appris aussi qu'à la suite de son dernier accouchement il s'est produit des complications longues et graves.

Immédiatement après l'accouchement, température 38°. Dix heures après, 39°. Les jours suivants la température reste élevée, dépassant parfois 40°.

Sphacèle du col, signes de péritonite.

Mort le septième jour.

L'autopsie n'a pu être faite.

1912. N° 237. — *Infection.*

Femme accouchée depuis quatre jours. Envoyée à la Maternité en raison d'accidents infectieux graves.

Mort : quatre jours après l'entrée.

1913. N° 47. — *Infection.*

Primipare entrée le lendemain de son accouchement, après des tentatives multiples de délivrance artificielle.

A l'entrée : température 39°7.

On constate une déchirure du vagin.

Infection à marche rapide.

Mort le onzième jour.

1913. N° 102.

Tumeur solide de l'ovaire droit.

Laparotomie : torsions pédiculaires datant de plusieurs mois. Sphacèle de la tumeur et du côlon transverse adhérent.

Mort : trois jours après l'intervention.

1913. N° 183.

Femme de 40 ans, multipare, amenée 52 heures après avoir subi une laparotomie pour une tumeur, laquelle, le ventre ouvert, a été prise pour un utérus gravide.

Il s'agissait d'une énorme tumeur fécale remplissant l'excavation et remontant jusqu'à l'angle colique gauche.

Mort le dixième jour.

A l'autopsie, plaques de sphacèle sur le côlon descendant et surtout sur l'angle colique gauche.

1913. N° 229. — *Infection.*

Femme amenée après un avortement.

A l'entrée état infectieux grave, coma, pouls incomptable.

Mort le lendemain de l'admission.

1913. N° 239. — *Eclampsie.*

Amenée en état de coma.

Vingt-six attaques.

Mort rapide.

1913. N° 246. — *Hémorragie.*

Primipare. Gestation de 7 mois environ.

Amenée exsangue après des hémorragies très abondantes par placenta praevia.

Mort : dix heures après l'admission.

1914. N° 13. — *Hémorragie.*

Avortement à domicile.

Hémorragie grave.

Amenée moribonde.

Mort : quatre heures après l'entrée.

1914. N° 82. — *Infection.*

A accouché chez elle, où elle a reçu des soins de sa mère atteinte d'érysipèle.

Admise quatre jours après l'accouchement.

Infection grave. Température : 39°8 ; Pouls : 124.

Mort le sixième jour après l'entrée.

1914. N° 91. — *Infection.*

Primipare de 32 ans.

Accouchement normal et rapide. Un seul toucher.

Infection à marche rapide à forme pyohémique.

Mort le treizième jour.

1914. N° 97. — *Toxémie.*

Mole hydatiforme.

Vomisements graves, métrorragies, ictère.

Mort rapide malgré l'évacuation de l'utérus.

1914. N° 111. — *Infection.*

Primipare albuminurique (3 gr. 50 par litre).

Etat pathologique à l'entrée.

Accouchement normal.

Péritonite diffuse.

Mort le huitième jour.

A l'autopsie, péritonite purulente, grosses lésions inflammatoires périappendiculaire et annexielles droites.

1914. N° 175. — *Anémie gravidique.*

Multipare amenée en travail.

Anémie intense se répétant et s'aggravant à chaque gestation.

Moribonde à l'entrée.

Expulsion d'un fœtus de 700 grammes.

Mort : quatre heures après l'admission.

1914. N° 197. — *Infection.*

Multipare amenée en travail après diverses manœuvres.

On constate une rupture utérine.

Infection grave.

Mort le huitième jour.

L'autopsie confirme le diagnostic de rupture utérine qui intéresse le segment inférieur.

1914. N° 294. — *Eclampsie.*

Femme amenée après plusieurs attaques.

Mort : trente-deux heures après l'entrée.

1914. N° 318. — *Infection.*

Phlébite du membre inférieur droit.

Mort par embolie le quatorzième jour.

1915. N° 64. — *Néphrite aiguë latente.*

Primipare entrée pour hémorragie par placenta praevia.

Aucune trace d'albumine dans l'urine.

Quatre jours après l'entrée à 6 heures du matin, hémorragie abondante. Début de travail.

Rupture large des membranes, au cours de laquelle on constate que le bord du placenta recouvre en partie l'orifice interne.

L'hémorragie cesse.

Le travail continue, la tête s'engage.

A 10 heures, les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

A 11 heures, attaque convulsive. Quelques instants après, deuxième attaque, puis coma. A 1 heure et à 1 h. $\frac{1}{2}$, troisième et quatrième attaques.

Application du forceps et extraction d'un fœtus mort, du poids de 3.200 grammes.

Mort à 2 heures.

Autopsie : petite quantité de pus dans la vessie. Rein droit congestionné, de consistance normale, pesant 190 grammes. Rein gauche gros, pesant 280 grammes, congestionné, contenant un foyer hémorragique et un foyer purulent du volume d'une noisette.

Traces de poussées inflammatoires anciennes au niveau des annexes droites.

1915. N° 67. — Infection.

Multipare. Siège. Extraction manuelle.

Hémorragie tardive.

Infection.

Mort le onzième jour.

Autopsie : pyosalpinx enkysté.

1915. N° 68. — Eclampsie.

Primipare amenée dans le coma éclamptique.

Vingt-cinq attaques.

Mort rapide.

1915. N° 112.

Multipare amenée dans un état grave après des cathétérismes répétés.

On constate un utérus gravide, en état de rétroversion, enclavé.

Laparotomie : désenclavement.

Mort par urémie.

A l'autopsie : sphacèle de la vessie. Reins suppurés.

1915. N° 228.

Cancer du col.

Hystérectomie vaginale.

Mort tardive par coudure intestinale par adhérence à la cicatrice.

1916. N° 17.

Kyste dermoïde infecté.

Laparotomie. Marsupialisation.

Mort tardive par cachexie.

1916. N° 58. — *Infection.*

Multipare amenée atteinte de pelvi-péritonite suppurée, suite d'un avortement remontant à deux mois. Mort rapide.

1916. N° 169. — *Infection.*

Primipare amenée en travail après avoir subi de nombreux touchers et une tentative d'application de forceps.

Accouchement spontané.

Infection.

Mort le dix-septième jour.

1916. N° 203. — *Eclampsie.*

Eclampsie urémique.

Mort rapide.

A l'autopsie : reins de Bright.

1917. N° 45. — *Eclampsie.*

Primipare amenée après son accouchement, dans le coma éclamptique.

Les attaques continuent.

Mort : douze heures après l'entrée.

1917. N° 66.

Fibro-sarcome diffus de l'utérus et des annexes.

Etat cachectique.

Hystérectomie totale.

Mort le lendemain.

1917. N° 75. — *Hémorragie.*

Secondipare. Gestation de six mois environ.

Teinte bronzée très intense.

Trois jours après l'entrée on constate la mort du fœtus in-utéro.

Quinze jours plus tard, expulsion d'un fœtus mort de 1.200 grammes, non macéré.

Hémorragie qu'on ne peut juguler et qui amène la mort.

Pas de coagulation du sang qui continue à couler à travers le tampon intra-utérin, même après la mort.

Autopsie : capsules surrénales introuvables. Foie couleur muscade. Rate réduite à l'état de deux rudiments, l'un du volume d'une noisette, l'autre du volume d'un gros pois.

1917. N° 281. — *Infection.*

Primipare à bassin vicié, entrée en travail 24 heures après la rupture des membranes.

Césarienne.

Péritonite.

Mort le quatrième jour.

1918. N° 12.

Cancer diffus du col et du corps utérin.

Hystérectomie totale.

1918. N° 158.

Cancer du corps utérin.

Etat cachectique. Abondantes pertes fétides.

Hystérectomie totale.

1918. N° 259.

Multipare entrée après son accouchement, moribonde.

Mort quelques heures après l'admission.

Autopsie : large perforation de la vessie par sphacèle.

Fibrome obstruant l'excavation et malgré lequel l'accouchement s'est fait spontanément.

1918. N° 268.

Multipare amenée avec une rupture utérine.

Mort une heure après l'admission.

1918. N°s 270 et 295. — *Grippe à forme pulmonaire.*

1919. N° 79.

Fibrome.

Hystérectomie. Infection. Mort rapide.

1919. N° 73.

Femme à terme, ayant déjà subi deux césariennes.

Rupture utérine survenue avant l'entrée.

La rupture s'est produite entre les deux cicatrices anciennes, dont le pont musculaire intermédiaire a disparu.
(Le cas a été publié.)

1919. N° 294. — *Hémorragie gastro-intestinale.*

Bassin vicié. Fibrome utérin.

Au début du travail, césarienne suivie d'hystérectomie : enfant vivant.

Vingt-quatre heures après, violente hémorragie gastro-intestinale : mort dans la journée.

Autopsie : l'hémorragie s'est produite dans l'estomac et l'intestin grêle, dont les vaisseaux sont congestionnés. Foie dégénéré. Capsule de Glisson nacrée, épaisse, plissée. Tissu dur. Coupes d'aspect muscade.

1920. N° 19. — *Eclampsie.*

Eclampsique amenée dans le coma.

Quarante attaques.

Mort rapide.

1920. N° 216. — *Infection.*

Avortement à domicile.

Infection généralisée à l'entrée.

Mort rapide.

1920. N° 309.

Signes de péritonite généralisée à l'entrée. Etat agonique.

Mort quelques heures après l'admission.

Il s'agissait d'une péritonite purulente causée par une rupture de la vessie d'origine traumatique.

Dans la période de douze années que nous envisageons il est survenu 53 décès.

De ce total, il convient de retrancher 10 décès qui se sont produits chez des femmes qui n'étaient pas en état de gestation, la plupart à la suite d'interventions pour des affections génitales.

Il reste donc un total de 43 décès de femmes en état de gestation ou ayant expulsé leur produit de conception depuis peu de temps.

Le plus grand nombre de décès est dû à l'infection puerpérale : 18 décès sur 43. De ces 18 femmes 15 ont été amenées de l'extérieur déjà en état d'infection bien caractérisé.

3 cas intérieurs se sont produits.

On a observé 9 cas mortels d'éclampsie. Sur ces 9 cas, un seul est survenu chez une femme en traitement à la Maternité. Les 8 autres femmes ont été amenées alors qu'elles étaient en pleine crise d'éclampsie.

Il y a eu 4 décès par hémorragie. 3 femmes ont été amenées à toute extrémité et sont mortes de 4 à 10 heures après leur admission. La quatrième présentait un syndrome adisonien, avec une incoagulabilité sanguine absolue. A l'autopsie, il a été impossible de découvrir les capsules surrénales. La rate présentait un état d'atrophie extrême.

Il reste 12 cas de morts de causes diverses. Parmi ces cas, il convient de signaler :

a) 3 cas de rupture utérine, dont l'un chez une femme ayant subi auparavant la section césarienne à deux reprises. Ces trois ruptures utérines se sont produites avant l'admission des malades à la Maternité.

b) Une rupture de salpingite suppurée au cours du travail. Il en résulta une péritonite suppurée généralisée.

c) Une rupture de la vessie pendant le travail (femme ayant accouché chez elle).

d) Une môle hydatiforme avec métrorragie et ictère.

e) Une hémorragie gastro-intestinale après une césarienne.

f) 2 cas de grippe à forme pulmonaire.

5° DÉCÈS DE NOUVEAU-NÉS.

Les décès de nouveau-nés ont été très peu nombreux.

Pendant la période de douze années envisagée sur 3.064 enfants nés vivants et viables, il est mort 11 enfants seulement dans l'établissement.

Les causes de ces décès, les plus fréquentes, ont été soit des pneumonies, soit des hémorragies méningées.

6° MALADIES VÉNÉRIENNES.

Nous ne pouvons terminer la partie médicale de ce travail sans dire quelques mots au sujet des maladies vénériennes dont l'extension a été considérable depuis la guerre et dont les conséquences se sont fait sentir sur tous les points du territoire.

1° *Blennorragie.*

Les cas de blennorragie chez les femmes en état de gestation ont été nombreux, surtout à partir de 1915. Les femmes de la campagne aussi bien que les femmes de la ville ont été atteintes. Il en est résulté une multiplication des cas d'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Cas d'ophtalmies du nouveau-né :

1905-1908.....	41	} = 22 ; moyenne annuelle : 3.
1909-1912.....	41	
1913-1920.....	80	moyenne annuelle : 40.

Ces chiffres portent sur tous les cas d'ophtalmie, légers ou graves, précoces ou tardifs. Parmi ces ophtalmies il en est certainement quelques-unes dans lesquelles le gonococque n'est pas en cause.

Le traitement a été le même dans tous les cas et appliqué

le plus précocement possible, c'est-à-dire dès qu'on constatait la plus légère sécrétion jaunâtre au niveau de l'angle interne de l'œil, ou la moindre rougeur conjonctivale.

Le traitement comporte, suivant l'intensité de l'ophtalmie, 3 à 4 irrigations quotidiennes, de 1 litre pour chaque œil, de sérum physiologique additionné de permanganate de potasse dans la proportion de 1 pour 4.000. Les irrigations sont faites à l'aide du bock et de l'entonnoir de Kalt, en ébonite.

Les résultats ont été excellents. Tous les cas ont guéri dans des délais plus ou moins longs et aucune tare ou séquelle de l'ophtalmie n'a été constatée.

2° *Syphilis.*

Les cas de syphilis ont été aussi beaucoup plus nombreux que dans les années précédant la guerre.

Les femmes atteintes ou soupçonnées de syphilis sont retenues et confiées aux soins du médecin-adjoint. Elles sont persuadées d'avoir à se faire traiter en vue de leurs gestations futures. Le traitement consiste, le plus souvent, en série d'injections de néo-selvarsan.

Les nouveau-nés syphilitiques sont traités par les frictions mercurielles.

Un certain nombre de nourrissons ont présenté des arrêts de croissance sans aucune autre manifestation morbide. Parmi les mères de ces enfants, chez quelques-uns il était possible de retrouver une histoire de syphilis. Mais chez d'autres, il n'y avait jamais eu la moindre lésion spécifique. Cliniquement, il était impossible de soupçonner la syphilis. Cependant, ces nourrissons traités par des frissons mercurielles ont rapidement regagné du poids, leur croissance a repris et s'est dès lors développée normalement.



V. — FONCTIONNEMENT ADMINISTRATIF

La Maternité départementale de Pau est une maternité « ouverte ». Les femmes qui se présentent y sont reçues immédiatement et sans enquête si leur situation médicale paraît l'exiger, sauf à régler ensuite les conditions qu'elles doivent remplir d'après leurs ressources personnelles ou leur domicile de secours.

La Maternité est, depuis la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite, l'un des organes de l'Assistance Publique dans les Basses-Pyrénées. Ce rattachement a donné à toute femme la possibilité d'être admise dans l'établissement.

Les entrées sont constatées sur un registre d'ordre numéroté. Les filles-mères sont inscrites seulement par leurs initiales ou même sans initiales si l'entrante le désire. Ces inscriptions sont faites par l'accoucheuse en chef ou sa suppléante. C'est également l'accoucheuse en chef qui est chargée de tenir les registres d'ordre et de comptabilité suivants :

1° Registre des présences contenant par catégories le nombre des personnes journellement présentes ;

2° Registre des menus ;

3° Livre de caisse, unique ;

4° Trois livres de détail des dépenses par catégories ;

5° Les notes journalières de dépenses effectuées en dehors de celles portées sur mémoires de fournisseurs ;

6° Etat trimestriel ou semestriel pour les paiements et les recouvrements.

Une Commission de surveillance, nommée par le Préfet, prête son concours au Directeur dans ses actes de gestion. A l'aide des registres et des pièces ci-dessus mentionnés, il est facile à cette Commission de se rendre compte, à toute époque, de la situation de l'établissement, au point de vue administratif. Elle exerce ainsi le droit de regard des pouvoirs qui contribuent à financer l'institution.

Enfin, la Maternité est en relations avec l'administration des Enfants Assistés. Les enfants qui naissent dans l'établissement et qui sont susceptibles d'être abandonnés à l'Assistance Publique font l'objet de la rédaction de deux bulletins successifs, dont les modèles sont reproduits ci-après. Le premier a pour but de prévenir l'administration compétente de la charge qui va lui incomber prochainement, et le second de donner à la même administration toutes indications médicales utiles pour les soins à donner à l'abandonné.



ASSISTANCE PUBLIQUE

Service des Filles en Couches Indigentes

(Exécution de l'article 6 de l'arrêté réglementaire du 11 Décembre 1909).

ART. 6. — « M. le Directeur de la Maternité donnera avis au Préfet de l'entrée des filles-mères indigentes. Cet avis mentionnera les intentions ou désirs qu'elles auraient pu exprimer au sujet de leur enfant »

AVIS D'ENTRÉE A LA MATERNITÉ

Le Directeur de la Maternité de Pau a l'honneur d'informer Monsieur le Préfet que la nommée

N°

âgée de ans, profession de

est entrée le 192..... à la Maternité,

sur production du certificat d'indigence prévu par l'article 2 du Règlement.

*Intentions ou désirs exprimés
par la mère au
sujet de l'enfant :*

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à PAU, le 192.....

Le Directeur de la Maternité,

Ce Bulletin doit être adressé, autant que possible, dans la première moitié du séjour probable après l'accouchement.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Service des Filles en Couches Indigentes

(Exécution de l'article 7 de l'arrêté réglementaire du 11 Décembre 1909.)

ART. 7. — « Un 2^e bulletin avisera le Préfet de la sortie de la fille-mère et de la remise de la portion de layette. Il mentionnera sommairement l'état de l'enfant et si celui-ci peut être élevé au sein ou au biberon. »

AVIS DE SORTIE DE LA MATERNITÉ

Le Directeur de la Maternité de Pau a l'honneur d'informer Monsieur le Préfet que la nommée

N^o domiciliée à
entrée le 192 .., est sortie
aujourd'hui 192 ..

CONFIDENTIEL

Etat de l'enfant.
(Mention sommaire.)

Peut, en conséquence, être placé

(Au sein ou au biberon, selon le cas.)

Le Médecin-Directeur,

Fait à PAU, le 192 ...

Ce Bulletin, adressé à la sortie de la mère de la Maternité, sera joint au dossier de l'enfant à l'Inspection de l'Assistance Publique et ne pourra être communiqué à personne

TABLE DES MATIÈRES

	Pages :
I. — HISTORIQUE.....	9
II. — LA MATERNITÉ ACTUELLE.....	13
III. — LE PERSONNEL.....	15
IV. — FONCTIONNEMENT MÉDICAL.....	17
1° Mouvement général du service.....	18
2° Consultation permanente.....	19
3° Opérations.....	19
4° Décès de femmes.....	20
5° Décès de nouveau-nés.....	33
6° Maladies vénériennes.....	33
V. — FONCTIONNEMENT ADMINISTRATIF.....	35



